

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

VOLLMACHTSERTEILUNG ODER ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG UND ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number	10/588,590
	Filing Date	February 1, 2005
	First Named Inventor	STEPHEN ERNSTBERGER
	Attorney Docket Number	MRO204-A
	Art Unit	
	Examiner Name	
	Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- ☐ Hiermit wird eine Vollmachtsklärung eingereicht.
A Power of Attorney is submitted herewith.

ODER OR

- ☐ Ich bezeichne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

--

ODER OR

- ☒ Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]
[Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie in:
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:☐ Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:
The address associated with the above-mentioned Customer Number.
ODER OR☐ die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:
The address associated with Customer Number:
ODER OR☒ Kennzel oder
Personenname
Firm or
Individual Name

KASPER AND LAUGHLIN

Adresse
Address

13 Forest Drive

Ort
City

Warren

Bundesland
State

NJ

PLZ
Zip

07059

Land
Country

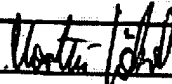
USA

Telefon
Telephone

908-526-6100

E-Mail
Email

patentma@aol.com

Ich bin der:
I am the:☒ Anmelder/Erfinder.
Applicant/Inventor.
ODER OR☐ Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.
Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.
Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____UNTERSCHRIFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers
SIGNATURE of Applicant or Assignee of RecordUnterschrift
SignatureDatum
Date

20. Jan. 11

Name
Name

MARTIN JAKEL

Telefon
Telephone+49 5132
82-6130Titel/Position und
Unternehmen
Title and CompanyLeiter Produktkonstruktion HXSL/ROUEN Schaeffler Technologies GmbH
u. Co. KG, HerzogenaurachHINWEIS: Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten.
NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below.☒ Insgesamt eingereichte Formulare

Total of 2 forms are submitted.



Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

VOLLMACHTSERTEILUNG ODER ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG UND ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number	10/588,590
	Filing Date	February 1, 2005
	First Named Inventor	MARTIN JAKEL
	Attorney Docket Number	MRO204
	Art Unit	
	Examiner Name	
	Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.

I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- ☐ Hiermit wird eine Vollmachtsklärung eingereicht.
A Power of Attorney is submitted herewith.

ODER OR

- ☐ Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

--

ODER OR

- ☒ Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]

[Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie bei:
 Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

☐ Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:
 The address associated with the above-mentioned Customer Number.
ODER OR

☐ Die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:
 The address associated with Customer Number:
ODER OR

☒ **Kentzel oder
 Personname
 Firm or
 Individual Name**

KASPER AND LAUGHLIN

**Adresse
 Address**

13 Forest Drive

**Ort
 City**

Warren

**Bundesland
 State**

NJ

**PLZ
 Zip**

07059

**Land
 Country**

USA

**Telefon
 Telephone**

908-526-6100

**E-Mail
 Email**

patentmal@aol.com

**Ich bin der:
 I am the:**

☒ **Anmelder/Erfinder.
 Applicant/Inventor.
 ODER OR**

☐ **Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger ständlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.
 Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.
 Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____**

**UNTERSCHRIFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers
 SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record**

**Unterschrift
 Signature**

Manfred Günthner

**Datum
 Date**

09.12.10

**Name
 Name**

MANFRED GÜNTNER

**Telefon
 Telephone**

09821/603320

**Titel/Position und
 Unternehmen
 Title and Company**

GF

HINWEIS: Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger ständlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten.
NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below.

☒

***Insgesamt eingereichte Formulare**

***Total of 2 forms are submitted.**



Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

VOLLMACHTSERTEILUNG ODER ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG UND ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number	10/588,590
	Filing Date	February 1, 2005
	First Named Inventor	MANFRED GÜNTNER
	Attorney Docket Number	MRO204
	Art Unit	
	Examiner Name	
	Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- ☐ Hiermit wird eine Vollmachtserteilung eingereicht.
A Power of Attorney is submitted herewith.

ODER OR

- ☐ Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

ODER OR

- ☒ Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]
[Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie in:
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

☐ Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:
The address associated with the above-mentioned Customer Number.
ODER OR

☐ die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:
The address associated with Customer Number:
ODER OR

☒ **Kanzel oder
Personenname
Firm or
Individual Name**

KASPER AND LAUGHLIN

**Adresse
Address**

13 Forest Drive

**Ort
City**

Warren

**Bundesland
State**

NJ

**PLZ
Zip**

07059

**Land
Country**

USA

**Telefon
Telephone**

908-526-6100

**E-Mail
Email**

patentmal@aol.com

**Ich bin der:
I am the:**

☒ **Anmelder/Erfinder.
Applicant/Inventor.
ODER OR**

☐ **Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.
Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.
Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____**

**UNTERSCHRIFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers
SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record**

**Unterschrift
Signature**

Franz-Holger Woitowitz

**Datum
Date**

05.12.10

**Name
Name**

FRANZ-HOLGER WOITOWITZ

**Telefon
Telephone**

**0172/
6639237**

**Titel/Position und
Unternehmen
Title and Company**

extern, ehemals Projektleiter Linear Technik Homburg.

HINWEIS: Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten.
NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below.

☒ ***Insgesamt eingereichte Formulare _____
*Total of 2 forms are submitted.**



Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

VOLLMACHTSERTEILUNG ODER ZURÜCKZIEHUNG DER VOLLMACHTSERTEILUNG MIT NEUER VOLLMACHTSERTEILUNG UND ÄNDERUNG DER KORRESPONDENZADRESSE POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS	Application Number	10/588,590
	Filing Date	February 1, 2005
	First Named Inventor	FRANZ-HOLGER WOTJOWITZ
	Attorney Docket Number	MRO204
	Art Unit	
	Examiner Name	
	Title	JOINING DEVICE FOR ACTUATING LEVER AND SUPPORTING ELEMENT OF A VALVE OPERATING MECHANISM

Hiermit ziehe ich sämtliche im Rahmen der oben angegebenen Patentanmeldung früher erteilten Vollmachten zurück.
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

- ☐ Hiermit wird eine Vollmachtsklärung eingereicht.
A Power of Attorney is submitted herewith.

ODER OR

- ☐ Ich benenne hiermit den/die mit der folgenden Kundennummer zusammenhängenden Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

--

ODER OR

- ☒ Ich benenne hiermit den/die nachstehend genannten Praktiker als meine(n)/unsere(n) Anwalt/Anwälte oder Agent(en) zur Weiterverfolgung der vorstehend identifizierten Anmeldung und zur Durchführung aller damit zusammenhängenden Geschäfte im US-Patent- und Markenamt.
I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Name des/der Praktiker/s Practitioner(s) Name	Registrierungsnummer Registration Number
HORST M. KASPER	28,559
RICHARD T. LAUGHLIN	17,264

[Seite 1 von 2]
[Page 1 of 2]

This collection of information is required by 37 CFR 1.31, 1.32 and 1.33. The information is required to obtain or retain a benefit by the public which is to file (and by the USPTO to process) an application. Confidentiality is governed by 35 U.S.C. 122 and 37 CFR 1.11 and 1.14. This collection is estimated to take 3 minutes to complete, including gathering, preparing, and submitting the completed application form to the USPTO. Time will vary depending upon the individual case. Any comments on the amount of time you require to complete this form and/or suggestions for reducing this burden, should be sent to the Chief Information Officer, U.S. Patent and Trademark Office, U.S. Department of Commerce, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450. DO NOT SEND FEES OR COMPLETED FORMS TO THIS ADDRESS. SEND TO: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, VA 22313-1450.

If you need assistance in completing the form, call 1-800-PTO-9199 and select option 2.

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.
 Bitte nehmen Sie die Korrespondenzadresse für die oben angegebene Patentanmeldung zur Kenntnis oder ändern Sie sie bei:
 Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:

☐ Die mit der oben angegebenen Kunden-Nummer verbundene Adresse:
 The address associated with the above-mentioned Customer Number.
ODER OR

☐ Die mit der Kunden-Nummer verbundene Adresse:
 The address associated with Customer Number.
ODER OR

☒ Kanzlei oder
 Patentanwalt
 Firm or
 Individual Name

KASPER AND LAUGHLIN

Adresse
 Address

13 Forest Drive

Ort
 City

Warren

Bundesland
 State

NJ

PLZ
 Zip

07059

Land
 Country

USA

Telefon
 Telephone

908-526-6100

E-Mail
 Email

patentmal@aol.com

Ich bin der:
 I am the:

☒ Anmelder/Erfinder.
 Applicant/Inventor.
ODER OR

☐ Im Patentregister eingetragene Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile. Siehe 37 CFR 3.71.
 Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71.
 Statement under 37 CFR 3.71(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on _____

UNTERSCHRIFT des Anmelders oder des im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolgers
 SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record

Unterschrift
 Signature

Stephen Ernstberger

Datum
 Date

10.12.10

Name
 Name

STEPHEN ERNSTBERGER

Telefon
 Telephone

69281/12120

Titel/Position und
 Unternehmen
 Title and Company

HINWEIS: Es sind die Unterschriften aller Erfinder oder im Patentregister eingetragenen Rechtsnachfolger sämtlicher Rechte und Anteile oder deren Vertreter erforderlich. Ist mehr als eine Unterschrift erforderlich, reichen Sie bitte für jede Unterschrift ein separates Formular ein; siehe unten.
 NOTE: Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below.

☒ Insgesamt eingereichte Formulare
 Total of 2 forms are submitted.